

## 報告2 健康不安意識の蔓延を再考する

—— タバコ有害論，受動喫煙防止論の検証を中心に

Reconsider on the Spread of the Consciousness of the Health-Anxiety

名取 春彦

### 1. はじめに

名取です。はじめに自己紹介させていただきます。私は、もともと大学でガンの治療をやっていましたが、上司を批判する論文を発表して以来、窓際族をやっています。お陰で、自由にものが言える立場です。

本来、研究者というのは、権力に支配されない独立した立場にあるものです。ところが医学系の大学や学会は、今や利権団体と同じようになってしまいました。上司の批判や、過去の業績を否定することはこの世界ではタブーです。今だからよかったものの、ガリレオの時代なら、私は火あぶりにされています。

医学系の多くの研究者は、大学や学会の掟に順応してロボットのように働いています。そういう人たちは、私のことを落ちこぼれと見ていますが、私には支持者がたくさんいます。エレベーターの中など、誰も見ていないところで、深々とお辞儀をしてくる人もいます。だから私は大学を辞められないでいます。

何故、こんな話をするかと言いますと、「監視と管理」というシンポジウムのテーマに関係するからです。研究には、いかなる介入もあってはならないはずですが、現実には「監視と管理」がまかり通っています。例えば、研究をするには研究費が必要です。研究費を得るためには、スポンサーの意向に沿った研究をしなければなりません。

文部科学省の科学研究費を申請するとき

は、文部科学省と、審査する人たちの意向をよく考えて研究テーマを選ばなければなりません。医学分野で簡単に採用されるのは、肝細胞移植、遺伝子診断、新しい抗がん剤、それとタバコの健康被害に関することなどです。要するに研究も流行を追わなければならないということです。いかに重要でも、絶対に採用されない研究テーマがあります。例えば、政府や医学界の過去を暴き出す研究です。過去の問題を掘り起こすと、研究費がつかないばかりでなく、私のように、大学からも学会からもものけものにされます。

研究費などは一例ですが、こんな風に、研究者は「監視と管理」を受けているというわけです。ですから、「シンポジウムに来て話してくれないか」と世話役の井上さんからお手紙をいただいたとき、すぐに「ぜひ参加させてくれ」と返事をしました。非常に興味を持ったからです。大学の予算絡みでシンポジウムを開催するというのに、そのテーマが「監視と管理」です。このようなことができる札幌学院大学とは、とても素晴らしい大学だなと思ったわけです。

### 2. 「脅して不安を煽っておいて、助けてあげようと言う」これが弱者を操るテクニック

私の話のテーマは、「健康不安意識の蔓延を再考する」となっています。資料の「話の順序」の初っ端に随分過激なことを書いてしま

いました。「脅して不安を煽っておいて、助けあげようと言う」これが弱者を操るテクニック。実はこれは、古典的なテクニックで、押し売りや悪徳商法だけでなく、車やマンション販売など、ごく普通の営業などでも使われています。医療の分野では、「ガンは怖いですよ」と脅して不安にさせておいて、「早期発見すれば助かります。だからガン健診を受けなさい」という風に使われます。

今、歯医者が余っていて、転職先を探しているそうです。歯磨きを指導して、虫歯と歯周病がなくなれば、歯医者はやる事がなくなってしまう。医者も、病気にならないように生活指導ができれば、ほとんどの医者は不要になってしまいます。それでは困るという人たちが、人々を健康不安に陥れようとします。

医者たちはちょっとした異常を病気だといって脅して人々を病院に縛り付けようとします。それは病院経営のためでもあるし、患者が増えれば病院の評価も上がります。病院だけでなく、製薬会社は儲かり、医療産業は潤います。経済効果が大きいばかりでなく、役人や政治家にとっても、庶民が要らぬところに関心を抱かなくなって都合がよいし、週刊誌はよく売れ、テレビの視聴率も上がります。例えば、ビートたけしの「本当は怖い家庭の医学」という番組などは、人々を脅すのに積極的に協力しています。「本当は怖い病院の医学」とでもした方が、よほど人々の役に立つと思います。

健康診断というのは、罠を仕掛けているようなものです。ちょっとした異常を大げさに言っただけで脅かせば、ほとんどの人を病院に送り込むことができます。そして、高血圧だとか高脂血症だとかの診断がつけられ、クスリをずっと飲まされることになります。クスリの副作用が出れば、副作用を抑える薬だといって、クスリを増やされます。そうやって、多くの人が、肝臓や腎臓を侵されたり、認知症

になったりしています。そうになったらそうなったで、今度はその治療だといって、またクスリを飲まされます。

こうして、皆さんは患者としての役割を果たすことになります。医者もメディアもジャーナリストも役人も政治家も国民も、皆それぞれの役割を果たして、この歯車が回っています。それはおかしいと言って歯車を止めようとする人間は、排除されます。それを操っているのは誰か。一人じゃありません。現状のままで都合がいいと思っている人たち全体です。皆さんが、そんな役割は御免だと思ったとき、では、どうすればよいか。見る目を養うのです。そのコツをこれからお話します。結論をいうと、「話の順序」の最後のまじめに書いた、脅しに乘らないコツ①②③です。つまり、①立場を見極める、②図を感じで見なかれ、③データは示されたことしかわからない（意図しない結果にこそ真実がある）の三つです。

### 3. 「タバコは健康に悪い」というのも脅しの一つ

実は、私はタバコを専門に研究している人間ではありません。しかしタバコを攻撃する理屈はおかしいといつも感じておりました。私のように、タバコの専門家以外でもおかしいと思っている研究者は多いはず。それでも皆、沈黙します。それは、わが身がかわいいからです。

私は、洋泉社という出版社の社長から頼まれてタバコの本を書きました。上杉正幸・香川大学教授との共著『タバコ有害論に異議あり！』（洋泉社Y新書）です。このシンポジウムに呼ばれたきっかけになった本です。最初は執筆をいやだと断っていましたが、「今、お前が書かなきゃ誰が書く」と熱く説得されました。確かに大学の世界で、立身出世や、わが身の心地よい居場所を願わない人間は、なかなかいません。社長は私を知っていました

から、そこをついてきたのです。そういうわけで、書きました。

出版されると、予想通りいじめにさらされています。残念なことに、内容についての議論はまったくといっていいほどありません。タバコ規制派もタバコ擁護派も、研究者たちは沈黙しています。

さて、話を進めるためにお聞きしたいのですが、この会場で、タバコを吸う方はどれくらいおられますか？ いやに少ないですね。見えない監視システムが働いていて、手を上げない人がいると思います。吸わない人は？ 圧倒的多数ですね。

今ここで出入りをシャットアウトして、仮に、少数派のタバコを吸う人は、多数派の吸わない人に1000円わたせ！と、強引に決めようとしますと、吸わない人の中には喜ぶ人がいるかもしれませんが、大多数の人は「そんなやり方はおかしい」と言って、反発すると思います。

ところがそんな理不尽なことが現実には起きています。タバコ規制のことです。タバコ税も上げられようとしています。おかしいと気付いた人が声をあげたりすると、いじめに合うので、みんな黙ってしまいます。そのことが多数派工作にも有効に効いています。タバコを吸わない人は、その理不尽さに気が付きません。

タバコ規制の1番の理由は「タバコは健康に有害だから」ということになっています。「タバコは健康に有害だ」ということ自体は、簡単に否定できるものではありません。信念からの主張に、理屈は通用しないからです。しかし、規制しようというなら、公平でなければなりません。そこには理屈が求められます。

#### 4. 「タバコは健康に有害だ」論にみる根拠データの作為性

「タバコは健康に有害だ」ということを理屈で否定するには、いくつかの方法があります。

さしあたり次の4つを挙げられます。

- ①例外を示す。タバコを吸っているながら健康で長生きしている方は身近にいくらでもあります。それに対して、タバコ規制派の人たちは「それは例外だ、ほとんどの人にとってタバコは有害だ。」と言います。ちょっと例外が多すぎるように思います。
- ②主張の論拠の間違いを指摘する。これについては後ほど、具体的に説明します。
- ③有益性とのかねあい。これは、こんなに役に立つんだから多少有害であっても認めてくれ、ということです。原発推進の宣伝文句はこれです。アルコールが規制ができないのもこれです。しかし、タバコでは、これがなかなか通用しません。タバコの恩恵を理解できるのは喫煙者に限られるからです。
- ④他との比較。どの程度有害なのかは、他と比較されなければわかりません。タバコよりも健康に有害なものはいくらでもあると思います。ざっと例を挙げますと、先に挙げた原発とアルコール、自動車による排気ガスと交通事故、アスベスト、農薬、殺虫剤、食品添加物、薬害、医者 の誤診、医療事故、忘れてならないのはストレスと自殺です。これら、正確なデータのないものが多いし、利害が複雑に絡み合っていて、社会や文化も含め、広範な議論が必要なものばかりです。

さて、ここでは②を中心に話を進めます。私は本を書くに当たって、書店や図書館にあるタバコ関連の書籍を片っ端から読みあさりました。それでわかったことは、タバコ規制派の人たちは、ことごとく平山雄という人物のデータを論拠にしているということです。この平山雄氏とは国立がんセンターの疫学部長の職にあった人物です。

そのデータと言うのが、1966年から1982年にかけて、当時の厚生省と平山雄氏を中心になって行った大規模調査によるものです。

調査は、まず、全国6府県29の保険所管内の40歳以上の住人27万人を対象に、1軒ずつ家庭訪問して生活習慣の聞き取り調査をし、それを登録しておきます。その後、死亡者を死亡診断書に基づいて死因別に分類し、生活習慣と病気との関連を調べるというやり方で進められました。

30年も前の調査ですが、日本の嫌煙運動の理論的裏づけはそこから来ています。もちろん、その後の新しい調査研究もあるのですが、その目的や結果などは、どれも、この大規模調査の結果を確認する形となっています。

従って、平山氏の大規模調査が日本のタバコ理論の方向を決定付けたといってもよいし、タバコ研究者においては、それが決して侵してはならない教科書的な存在になっています。

その教科書をこれから私は批判していきます。

資料1を見てください。喉頭ガンになる確率が、タバコを吸う人は吸わない人の何倍になるかを示したものです。たくさん吸えばそ

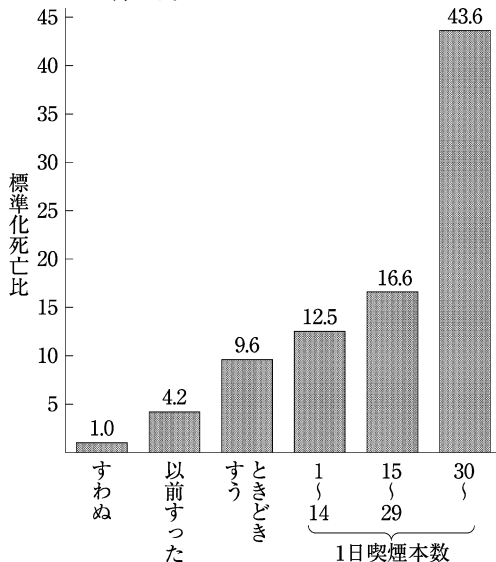
れだけ倍率が上がります。30本以上吸う人は、43.6倍になります。タバコを吸う人を脅すために、最初にこの図を示したわけではありません。脅しのテクニックを知るための練習問題と考えてください。脅しに乘らないコツは、まとめにある3つです。

まず①、平山氏はタバコを悪者にしたい立場ですから、それになかったデータしか出しません。次に②、図は感覚に訴えますが、このグラフの元のデータを見ると、タバコを吸わない人で喉頭ガンで死亡したのは一人です。それもこのデータをまとめる直前に亡くなっています。ですから、43.6倍とかの数値は全く意味がありません。

この論文は医者向けの論文ですから、平山氏は正直に種明かしをしています。このグラフだけが一人歩きして、脅しに使われています。そうすると、③です。元のデータは隠され、倍率だけが強調されるようになります。

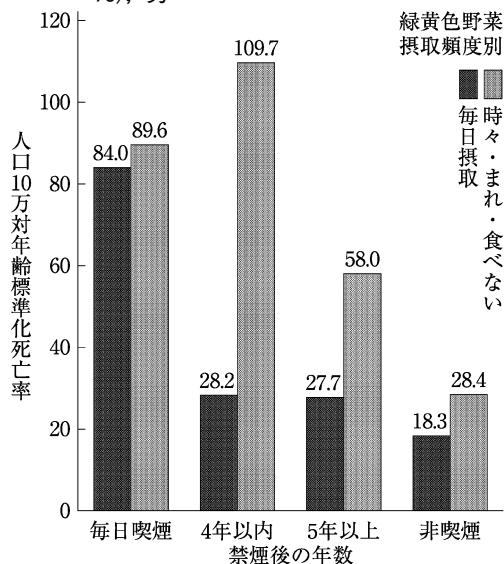
ただし、タバコを吸う人なら誰でも感じていると思いますが、煙がのどの狭くなったところを勢いよく流れるのですから、刺激に

資料1 喉頭癌の標準化死亡比——計画調査(1966~78)、日本



(40歳以上122,621人の13年間の観察成績) 平山雄, 日本医事新報2940:3-20, 1980より

資料2 禁煙後の年数別・緑黄色野菜摂取頻度別肺癌年齢標準化死亡率——計画調査(1966~78)、男



平山雄, 日本医事新報2940:3-20, 1980より

資料3 性別・死因別・喫煙習慣別標準化死亡率——死亡比および寄与危険度（計画調査 1966～78）

	計	毎日喫煙	非喫煙	死亡比	人 口 寄与危険度%	曝露群 寄与危険度%
観 察 人 年	1,369,937	1,035,833	248,155			
全 部 位 の 癌	445.9	495.0	304.3	1.63***	31.76	38.65
口 腔 咽 頭 癌	4.5	5.5	1.2	4.58	73.33	78.17
食 道 癌	22.6	26.2	12.6	2.08***	44.25	51.92
胃 癌	185.1	200.7	136.5	1.47***	26.26	31.97
小腸・大腸癌	10.9	11.3	9.5	1.19	12.84	15.97
直 腸 癌	15.7	16.3	13.4	1.22	14.65	18.03
肝 臓 癌	39.8	43.3	26.2	1.65*	34.17	39.39
胆のう・胆管癌	10.7	10.8	10.2	1.06	4.67	5.66
膵 臓 癌	18.1	19.8	13.3	1.49	26.52	32.89
喉 頭 癌	4.5	6.1	0.3	20.33***	93.33	95.08
肺 癌	67.7	85.5	20.7	4.13***	69.42	75.79
前 立 腺 癌	8.1	8.4	8.4	1.00	—	—
腎 臓 癌	3.2	3.1	3.8	0.82	—	—
膀 胱 癌	8.4	9.5	5.8	1.64	30.95	39.02
観 察 人 年	1,690,562	176,377	1,431,798			
全 部 位 の 癌	248.9	321.1	235.9	1.36***	5.22	26.47
口 腔 咽 頭 癌	1.7	2.1	1.6	1.31	5.88	23.66
食 道 癌	6.2	8.2	5.9	1.39	4.84	28.06
胃 癌	80.9	96.9	77.3	1.25**	4.45	20.00
小腸・大腸癌	11.5	10.8	11.7	0.92	—	—
直 腸 癌	9.9	9.5	9.8	0.97	—	—
肝 臓 癌	19.0	29.9	17.3	1.73***	8.95	42.20
胆のう・胆管癌	9.9	14.2	9.2	1.54	7.07	35.06
膵 臓 癌	9.9	13.5	9.3	1.45	6.06	31.03
喉 頭 癌	0.8	2.4	0.7	3.43	21.50	70.85
肺 癌	18.2	33.2	15.8	2.10***	13.19	52.38
乳 房 癌	10.9	12.3	10.5	1.17	3.67	14.53
子 宮 頸 癌	28.6	44.2	25.7	1.72***	10.14	41.86
卵 巢 癌	4.2	4.8	4.1	1.17	2.38	14.53
腎 臓 癌	1.0	0.5	0.9	0.56	—	—
膀 胱 癌	3.3	7.4	2.8	2.64**	15.15	62.12

平山雄，日本医事新報 2940：3-20，1980 より

なっていることは確かです。だから、タバコを吸う人に喉頭ガンが多いというのも確かだと思います。

問題は、タバコを吸う人のうち、どれぐらいが喉頭ガンになるかということです。

資料3を見てください。これは大規模調査でわかったガンの種類別の死亡率一覧です。上半分が男性，下半分が女性です。

縦に見て，1列目が対象者全員，2列目が毎日喫煙者，3列目がタバコを吸わない人の，それぞれのガンの種類別の死亡率です。死亡率というのは，ここでは％ではなく，10万人

当たりに換算した場合の死亡数です。

喉頭ガンが下から3分の1ぐらいのところにあります。練習ですから男性だけを見ましょう。毎日喫煙が6.1，非喫煙が0.3です。10万人当たり6.1人というのは，1万人に0.6人，1000人に0.06人，この会場はざっと100人ほどですが，その中で0.006人ということです。

平山氏は当然隠しますが，タバコを吸う人では逆に少ない病気があります。ガンの中では子宮体ガン，甲状腺ガン，ガン以外では子宮筋腫，アルツハイマー病，パーキンソン病，

潰瘍性大腸炎，高血圧，はっきりしているだけでもこれだけあります。パーキンソン病や潰瘍性大腸炎などは症状を抑えるためにニコチンが使われています。

ガンは一般的には苦しむ期間が短いのですが，これらの病気の多くは，長い年月，患者を苦しめます。パーキンソン病の有病率は10万人当たり40－50人，潰瘍性大腸炎は約20人，アルツハイマー病の有病率は65歳以上の2－3％です。10万人当たりになると2－3000人です。

喉頭ガンにならないように禁煙すると，タバコを吸って喉頭ガンになる以上の確率で，アルツハイマー病で苦しむことになります。

高齢者に尋ねると，元気に生きてころりと死にたいと言います。それなら禁煙してアルツハイマー病になるよりも，タバコを吸い続けてガンになった方が願いが叶うはずです。

脅しに乗らないコツ③，データにあることしかわからない。言い換えますと，都合の悪いデータは隠されている。ということがこれでおわかりいただけたかと思います。

## 5. 騙しのテクニックとして使われる EBM (エビデンス・ベイスト・メディスン)

がん医療では EBM という言葉が流行しています。エビデンス・ベイスト・メディスン，日本語に訳すと「証拠に基づいた医療」という当たり前のことです。この言葉が，騙しのテクニックとして使われています。都合のよ

いデータだけを示して，証拠があるから信じなさいと言うのです。効かない抗がん剤が氾濫しているのはこの結果だと思います。

資料2を見てください。緑黄色野菜を毎日摂る人は，禁煙後4年以内に，肺ガン死亡率が，タバコを吸わない人に近いレベルまで下がっています。

平山氏は禁煙を勧めるために出したのですが，私は逆に考えました。ガンで死ぬのは，90％以上が60歳以降です。それなら，55歳までタバコをスパスパ吸って，55歳になったとき，禁煙して緑黄色野菜を毎日摂取するようにすれば，大抵は間に合うということです。

再び資料3を見てください。タバコを吸う人の方に少ない，子宮体ガンと甲状腺ガンがありません。女性の下から5番目に子宮頸ガンがありますが，子宮頸ガンがあって子宮体ガンがないのは，これはもう確信犯です。子宮体ガンの死亡率が特別小さいということはありません。甲状腺ガンの死亡率は女性の方が高く，男性の喉頭ガンと同じくらいです。甲状腺ガンを省略してもよい理由ありません。

この表には，普通では考えられないことがまだまだあります。毎日喫煙と非喫煙の2群しかありませんが，ときどき喫煙するという人はどちらにはいるのでしょうか。実はこれも隠されています。

資料4を見てください。太字は資料3の表にあった数値そのままです。その他というのは，ときどき吸う人のことです。その人数は，

資料4 その他が隠されている (太字は③から)

	計	毎日喫煙	非喫煙	その他
男性	対象年人数	1,369,937	1,035,833	248,155
	十万人当たりの死亡率	445.9	495.0	304.3
	実際の人数	6,109	5,127	755
				227
女性	対象年人数	1,690,562	176,377	1,431,798
	十万人当たりの死亡率	248.9	321.1	235.9
	実際の人数	4,207	416	3,165
				476

引き算で簡単に出てきます。男性では85949人と出ました。次に、対象人数と死亡率がわかれば、死亡数がわかります。全体の死亡数があるて、毎日喫煙と非喫煙の死亡数がわかれば、その引き算から、その他の死亡数がわかります。男性では227人と出ました。対象人数と死亡数がわかれば、死亡率が計算されます。その他の死亡率は10万人当たり264.1となりました。これは非喫煙より小さな値です。ということは、タバコを吸わない人よりときどき吸う人の方が、ガンで死ぬ確率は低いということになります。平山氏はこのことを隠したかったのでしょうか。

同じように計算すると、女性の場合は、ときどき吸う人の死亡率は577.8となり、毎日吸う人よりも大きくなりました。女性は、ときどき吸うくらいなら、毎日吸った方がまだましだということになります。

さて、これはどう解釈すればよいのでしょうか。恐らくタバコを時々吸う女性は、タバコを味わっているのではなく、酒を飲んだときに付き合いで吸うなど、いやいや吸っているからではないかと考えます。

## 6. 欺瞞の上に構築された受動喫煙理論、一人歩きしてしまったグラフ

以下は受動喫煙理論の話です。日本人のガン死亡率は増える一方です。なんとかくい止めようと予算がつぎ込まれますが、一向に効果が現れません。当たり前です。利権の分配に使われてしまったのです。地方の新設がんセンターや、全国にいくつかある粒子線治療施設などは箱物の典型です。

ガンの中でも特に増えているのが肺ガンです。治療方法は進歩しているはずなのに、肺ガン死亡数は減りません。医者たちは、タバコで肺ガンになる人が増えているからだ、といてタバコのせいにしていきます。

ところが、タバコを吸わない人も、どんどん肺ガンになります。これは困った。医者た

ちは説明ができません。そこで生まれたのが受動喫煙理論です。

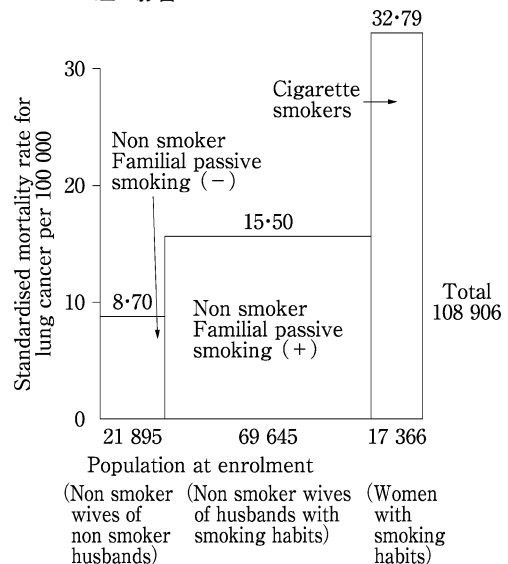
タバコを吸わない人でも、吸っている人の横にいただけで、タバコの害にさらされているというのです。世界で最初に言い出したのが平山氏です。その論文も大規模調査のデータによるものです。資料5はそこに出ていた図です。

縦軸は肺ガン死亡率です。図の左は夫婦ともにタバコを吸わない場合で、死亡率は8.70。まん中は、受動喫煙させられる妻で、死亡率は15.5。受動喫煙によってこれだけ肺ガンが増えているとしています。

ところが、こんな重大なことをグラフにしているにも関わらず有意差検定をしていません。対象人数はグラフの下の方に載っています。死亡数は論文の文中から、夫婦とも非喫煙で32人、夫だけが喫煙で142人とわかります。21895人中32人と69645人中142人では有意差は出ません。

平山氏は、受動喫煙グループを、夫が中等度のスモーカーと、ヘビースモーカーに分け、

資料5 女性の肺ガン死亡率に及ぼす喫煙と受動喫煙の影響



(Hirayama T. British Medical Journal 282: 183-185, 1982 より)

ヘビースモーカーのグループで、どうにか有意差があるとしています。

さらに、対象を農業従事者とそれ以外に分けたり、60歳以上と60歳未満に分割するなどして、ようやく60歳未満の農業従事者で有意差があるとしています。有意差があるといっても、その優位さのレベルは最も甘いもので、通常は有意差ありとはいえないレベルです。有意差がないときは有意差がなかったとは決して述べていません。

現にこの論文に対しては世界中の研究者からクレームが殺到しました。それに対して平山氏は、「単に受動喫煙被害の可能性を述べただけだ」と言っていたのですが、このグラフだけが一人歩きして、受動喫煙被害の根拠に使われています。

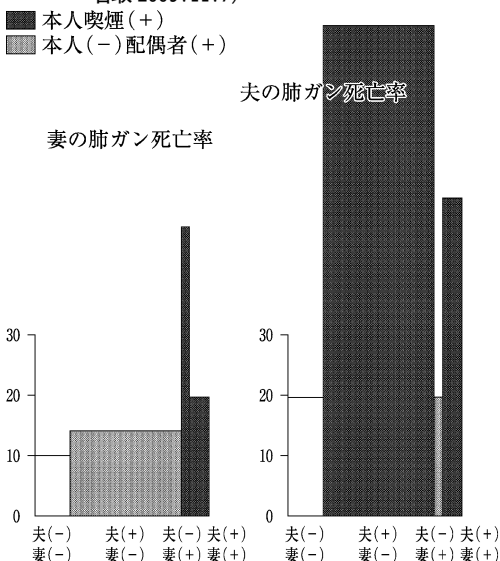
この論文にはおかしい点がいくつもあり、どうやらともに審査を受けないで掲載されたようです。例えば、グラフの右側は喫煙者となっていますが、本文に一切説明はなく、突然グラフに出てきます。ですから、夫婦だけなのか、独身者も含まれているのかはわかりません。夫の喫煙習慣の有り無しが、タバコを吸わない妻に及ぼす影響を見るなら、タバコを吸う妻に与える影響も見べきです。さらに妻を調べたなら、同じようにして夫の方も調べなければなりません。果たしてスモーカーの妻からの受動喫煙の被害は、夫にもあるでしょうか？

## 7. ストレスのほうがタバコよりはるかに身体に悪い

資料6に移ります。いろんな有害物質にさらされている我々にとっては、タバコはその一部にすぎません。このような現状で、有害物質を完全にシャットアウトしたなら、何も食べられないし、水も飲めない、空気も吸えないということになります。

そこで考えるべきことは、同じように有害物質を摂っていても、ガンになる人とならな

資料6 こんなことかも(資料3資料4のデータから名取2009.11.7)



い人がいるということです。どこに違いがあるのでしょうか？ はっきりしているものの一つに、ストレスを抱え込む人にガンが多いということがあります。これについては、タバコ有害論のレベルとは比べものにならないほど、はっきりしたデータがいくつもありますし、どの研究者も反対していません。ですからガンにならないためには、ストレスを避けることです。

そんなこと言っても、仕事や生活をしている限り、ストレスはつきものです。毎日何もしないで寝て暮らせる人はいないでしょうし、もしそれが可能でも実行すればすぐに、アルツハイマー病になってしまいます。

同じストレス環境にあっても、強いストレスになる人と、全くストレスを感じない人とがいます。日本人は借金を背負い込むと非常なストレスとなって、自殺にいたる人まで出てきますが、例えばブラジル人なら、「借金ができた、カネが入った」と言って自慢します。カーニバルの最中に、家が火事だと言われても踊り続けるのがブラジル人だそうです。

日本人は周りを気にして、いつもきれいに



庭の手入れをしたり、流行遅れにならないようにファッションにも神経を注ぎます。まるで、いつも周りに監視されているかのように。監視しているのは、これまた普通の人たちです。お互いに監視しあって、ちょっと変わった人を見つければ、陰口を言ったり、いじめたりします。そうやって、自分たちでストレスを増やしています。

これは、ファッション業界、建築業界、自動車業界など、市場の活性化にはとても都合のよいことです。ストレスを受ける人、受けない人というのは、国民性の問題というより、個人の価値観や性格、社会システムの問題だと思います。

社会システムを変えるのは大変ですが、人間の価値観はいくらでも変わるし、性格も簡単に変わります。1番手っ取り早いのは、ブラジルに行けばよいのです。そう考えると、日本の社会は、日本人をストレスを受けやすいように教育してきたといえそうです。

そんな日本で、ストレスにうまく対処している人たちがいます。夫婦仲良しの円満夫婦です。よい夫婦は喜びを二倍に、ストレスを半分にします。

大規模調査にはそれを、示すデータがあるはずなのですが、平山氏は、それを示さないのです。私が大胆にも想像してみました。

資料6を見てください。データもないのに想像で勝手にグラフを描くなんてことは、研究者のやるべきことではありませんが、平山氏が、こんな大切なことを調べなかったということを知っていただくためです。

左が妻の、右が夫の肺ガン死亡率です。縦軸はストレスの度合いと置き換えてもかまいません。そもそもストレスの多い人がタバコを吸うのだし、夫の方が妻よりもストレス環境にある場合が多いと思います。

夫婦ともに仲良くタバコを吸うのは、左も右も夫（+）妻（+）ですが、夫婦円満が多く、ストレスを分かち合って半分になります。

妻は、夫のストレスが自分のストレスになります。左の夫（+）妻（-）です。平山氏が受動喫煙と言っているものです。一方、妻のストレスは自分のストレスにならないのが一般的な夫です。右の夫（-）妻（+）です。男は薄情なのです。平山氏なら夫の受動喫煙というところですが、調べませんでした。調べたけれど期待に反したから、隠したのかも知れません。

夫婦のうち、どちらか一方だけがタバコを吸うという夫婦でも、円満夫婦はたくさんいます。ところが今のように受動喫煙被害を煽り立てますと、タバコが原因で喧嘩になって、それがストレスになります。

そうなると、これから調査すれば受動喫煙被害のデータがもっとはっきりと出るかもしれませんが。そうすると、ますます受動喫煙被害が叫ばれ、悪循環で、受動喫煙者のストレスが一層高まり、さらに受動喫煙被害のデータが増えるようになります。

タバコを吸わない方は、受動喫煙被害者だと言って脅されても、夫婦円満がガン予防には最もよいと思って、くれぐれも夫婦円満に努めてください。タバコがどうしても嫌いな方は、連れ合いの喫煙を受け入れ、換気扇の前とか、ベランダに喫煙コーナーを造ってあげてください。

うっかりして独身の方をグラフに入れるのを忘れました。これも私の想像ですが、独身者は男女とも、ストレスを分かち合う相手がいないのですから、喫煙者も非喫煙者も、既婚者よりも肺ガン死亡率は高いと思います。独身の方は早く相手を見つけて、円満夫婦を築いてください。

ただしどんなライフスタイルを選択するかは個人の自由であり、医療側が口を出すことではないのでしょうね。そのことも付け加えておきます。

まとめはすでにお話しましたので省略します。以上で終わりにします。